

## 様式第1号(第7条関係)

※ 处理 事項	受給資格適否	適・否	(否の理由)				
	受給者番号		附加給付	有・無	備考欄		
母子・父子家庭医療費受給資格登録(更新)申請書							
年 月 日							
東松島市長 様							
母子父子家庭医療費の助成を受けたいので、扶養児童が18歳到達年度末までの期間の資格登録の申請を、必要書類を添えて行います。							
また、資格の登録、更新に必要な公簿(住民基本台帳・課税台帳等)を東松島市の関係職員が閲覧することに同意し、助成対象期間が終了するまで自動更新を希望します。							
(同意しない場合又は個人番号を記入しない場合は、この前の文を二重線で消してください。その場合、別途税証明等の添付が必要になります。)							
<u>申請者</u>							
(受給者との続柄 )							
受 給 者	(フリガナ) 氏 名				生年月日	年 月 日	
	個人番号				電話番号	( )	
	住所	東松島市					
	職業				勤務先		
児 童	氏名	個人番号	受給者との 続柄	生年月日	学校又は施設名	学年	備考
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
母子・父子家庭となった原因		死亡・離婚・未婚・生死不明・遺棄・海外・障害・拘禁・父母のない児童					
保 険 区 分	別添写しのとおり □						
	受給者の保険区分						
	健康 保 険	保険者番号		保険者名称			
		被保険者氏名(受給者と別の場合記入)					
振 込 口 座	上記の者の母子父子家庭医療費助成について下記の口座へ振り込まれることを承諾します。						
	金融機関名		口座種別	口座名義人(※カタカナで記入)		口座番号	
	銀行 金庫 組合	店	普通・当座 貯蓄・その他				
児童扶養手当受給の有無		有・無・申請中	証書番号		第	号	